

NZa tovert zonder overleg M&I-verrichtingen om in basiszorg

Analyse van De Vrije Huisarts

10 december 2007

Zie: NZa, Brief en bijlage Herziening M&I lijst, 2 november 2007⁽¹⁾

< <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/HerzMenIijstNZa1107.pdf> >

SAMENVATTING

In dit artikel becommentarieert De Vrije Huisarts het voorstel van de Nza om maar liefst 22 van de huidige M&I-verrichtingen te kwalificeren als huisartsgeneeskundige basistaak en deze dientengevolge te laten financieren via de abonnement/consult systematiek. Het voorstel is in lijn met eerdere wensen van ZN.

Het betreft o.a. spirometrie-, ECG-, doppler-diagnostiek, diabetesbegeleiding, chirurgie, tapen cyriax-injecties en alle intensieve thuiszorg.

Na de veelbelovende stappen die huisartsen de afgelopen jaren hebben gezet om taken die traditioneel in het ziekenhuis werden uitgevoerd over te nemen, legt de Nza nu een bom onder de motivatie van diezelfde huisartsen om zelfs maar over nieuwe initiatieven na te denken. De Nza dient te beseffen dat zij op deze wijze willens en wetens kansen op beheersing van de zorgkosten, door substitutie van tweede naar eerste lijn, ernstig blokkeert.

De lering die huisartsen dienen te trekken is dat zij pas moeten overgaan tot het in de markt zetten van nieuw zorgaanbod als voldaan is aan de door hen gestelde randvoorwaarden.

NIEUWE INVULLING BEKOSTIGINGSSTRUCTUUR

Voor 2009 komt er een nieuwe invulling van de bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg. Eén van de onderdelen daarvan betreft een herziening van de huidige M&I^(?) verrichtingenlijst. Op 12 februari 2007 schreven wij, Stichting de Vrije Huisarts, hierover al een brief⁽³⁾ aan de NZa^(?) met een voorstel tot een snelle uitbreiding van de M&I-lijst.

ECHTER, WAT SCHETST ONZE VERBAZING?

Terwijl huisartsen en zorgverzekeraars nog volop onderhandelen over de nieuwe zorgovereenkomst 2008, waarin de M&I-lijst het belangrijkste aandachtspunt is meent de NZa, "*met aanvullende informatie van het CVZ^(?)*" al tot een nieuwe indeling en invulling te moeten komen⁽¹⁾. Met als bizarre uitkomst dat van de huidige 45 M&I-verrichtingen uit het aanvullende aanbod van de huisarts er straks, in de ogen van de NZa, 22 van de 45 terug moeten naar de basiszorg⁽¹⁾.

Stichting de Vrije Huisarts vindt dit onacceptabel.

Een herschikking van de lijst zó snel na introductie van het nieuwe bekostigingssysteem betekent blijkbaar dat de bezuinigingsthermostaat bij NZa zeer scherp staat afgesteld. En dat is geen goed uitgangspunt voor een systeem waarbij tot voor kort nog beloofd was dat het "*een open einde regeling*" zou zijn.

Alle huisartsen, die betrokken zijn bij contractonderhandelingen, zijn met het lezen van deze brief⁽¹⁾ gewaarschuwd. NZa voert hiermee precies uit wat ZN op 30 oktober 2006^(?) al voorstelde ["Aanpassing M&I prestatie lijst 2007"⁽²⁾], namelijk *het inkrimpen van de M&I lijst*. NZa mag zich dan wel profileren als onpartijdige scheidsrechter, maar functioneert hier met de mond van ZN⁽¹⁰⁾, zonder een deugdelijke onderbouwing te geven.

WAAROM IS DIT NZA ADVIES(1) EEN SLECHT VOORSTEL?

Wij gaan uit van het principe, dat een huisarts met een basiszorgaanbod het norminkomen verdient. Dat is namelijk altijd zo geweest en nooit is in de Ledenraad van de LHV(?) anders besloten. Het basistakenpakket wordt immers door de beroepsgroep zelf omschreven. Met het oog op 2009 is het voor huisartsen van belang om in de gaten te houden, welk deel van het werk als extra (aanvullende) zorg gezien moet worden. Voor dit extra werk is namelijk een aparte, extra financiering (kostendeel & inkomensdeel) nodig. Er kan namelijk niet steeds meer zorg voor hetzelfde geld worden geclaimd. In het nieuwe stelsel geldt het principe van welk deel van het werk als extra (aanvullende) zorg gezien moet worden. Voor dit extra werk is een aparte, extra financiering (kostendeel/inkomensdeel) nodig, zodat niet steeds meer zorg voor hetzelfde geld kan worden geclaimd, maar het principe geldt van "(meer)loon naar (meer)werken". Het "herschikken" van aanvullende taken naar basiszorg kan randvoorwaardelijk dan ook alleen maar als het budget meegaat, volgens het principe "geld volgt de zorg".

DE VRIJE HUISARTS STELT VOOR

Invulling van een nieuwe M&I lijst was een onderdeel van de nieuwe bekostigingsstructuur eind 2005 en zal dat zijn op weg naar 2009. De verschillende onderdelen van deze structuur moeten in samenhang besproken en beoordeeld worden. Ook wat Stichting de Vrije Huisarts betreft mag en kan er over de (her)invulling van deze M&I-lijst worden gesproken. Wij hebben zeer goede motieven voor uitbreiding verandering aan partijen aangereikt [zie DVH aan NZa: voorstel uitbreiding M&I(3) en eerder verzoek(4)]. Wat in deze discussie ontbreekt zijn alle randvoorwaarden van de mogelijke alternatieven, namelijk de nieuwe ketenzorg en de nieuwe beleidsregels "geïntegreerde eerstelijns zorg" en "zorginnovatie".

TOELICHTING

In 1998 was de vroegere M&I (toen genaamd: RIZ(?)-ruimte) 181 miljoen euro, waarbij er in werkelijkheid slechts 2,2 miljoen euro werd uitgegeven (en dat ook nog niet exclusief aan huisartsen)[Bron CVZ(5) (6)]. Het VEKTIS(?)-rapport van augustus 2007 liet echter zien dat er in 2006 aan de module M&I al 114,7 miljoen euro werd besteed, waarvan 98,9 miljoen euro voor de verrichtingen met 13xxx-codes en 15,8 miljoen euro voor de modules met 14xxx-codes.

Onderrealisatie RIZ-budget [bron: CVZ (5) (6)]								
in euro	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Maximum budget RIZ	181,5	184,9	228,5	257,1	331,8	599,7	623,2	885,6
Gerealiseerde RIZ-uitgaven	2,2	6,3	8,3	19,3	44,7	56,8	71,3	101,7

HERSCHIKKING

Bij "herschikking" (waar dan ook naar toe!) van M&I-zorg zou het bijbehorende budget mee moeten gaan. Anders is die "herschikking" van M&I-zorg een regelrechte bezuiniging!

Voorbeeld:	Stel, dat elke afgestudeerde huisarts Cyriax-injecties kan geven (code 13023). Kan dan verrichting 13023 worden overgeheveld naar het basiszorgpakket?
Ons antwoord:	Ja, dan kan, maar niet voor dezelfde prijs, het is niet 25,75 (AGIS 2007) nu en straks 9 euro. Nee, we zien in Vektis 2006 dat er totaal in 2006 € 6.783.259 is uitgegeven voor verrichting 13023. Deze 6,7 miljoen wordt dan toegevoegd aan de 1489 miljoen euro basiskader. Wat er daarna met de prijs gebeurt, valt onder de algemene afspraak basiszorg. Er komt dus wat Stichting de Vrije Huisarts betreft geen <i>herschikking</i> met als doel <i>bezuiniging</i> .

Het is onmogelijk om extra taken te doen binnen dezelfde tijd. Extra geleverde zorg, dan wel extra taken moeten adequaat georganiseerd en dus ook adequaat gefinancierd worden. De huisarts-ondernemer kan géén nieuwe initiatieven ontplooiën tegen het consult-uurtarief van € 54,- (6 x € 9,-).

De meeste M&I taken die volgens de NZa overkunen naar de basiszorg zijn van oudsher specialistische taken die thuishoorden in de 2e lijn en die door huisartsen na extra scholing en eventuele investeringen in apparatuur langzamerhand overgenomen worden. Dit was ook mogelijk door de M&I financiering hiervoor boven op basisbudget te plaatsen. In het kader van gewenste substitutie zijn o.a. financiële prikkels noodzakelijk.

MODERNE EN INNOVATIEVE ZORG ONDER VOORWAARDEN

De Vrije Huisarts wil dat elke nieuwe "*moderne en innovatieve*" zorg (substitutie, preventie, avondspreekuur, zorgregie bij multimorbiditeit, EPD(?) -regie, "*de nieuwe praktijk*", GGZ(?), AWBZ(?)/WMO(?), etc.) bij implementatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- a. inhoudelijk goed (qua inhoud, kennis, communicatie)
- b. voldoende motivatie (vooraf/achteraf evalueren)
- c. goede randvoorwaarden (ondersteuning, mensen, middelen en organisatie)
- d. faciliterende (en niet blokkerende) wetgeving.

[Deze systematiek (a t/m d) geldt in principe voor alle geleverde huisartsenzorg]

Voor de huisartsenzorg van de toekomst gelden simpele bedrijfsmatige principes:

- a. Noodzakelijk budget huisartsenzorg = noodzakelijk volume x productprijs.
- b. Productprijs = marge/inkomensdeel + kostprijs.
- c. Kostprijs = optelsom van deeltkostenposten (ontwikkelkosten, organisatiekosten, uitvoeringskosten, evaluatie en bijstuuringskosten).
- d. Met jaarlijkse indexering.
Huisartsen worden te lang qua financiering (met budgettering) topdown benaderd.

Deze principes zijn niet verenigbaar met een van te voren vastgesteld macrobudget, wat helaas de wijze is waarop de (huisartsen)zorg al decennialang gefinancierd wordt.

WAT JAMMER NOU

Het is jammer dat de NZa geen enkele financiële onderbouwing kan laten zien van de opvatting dat, in Nederland zorg gesubstitueerd en geïntegreerd moet worden. Wij adviseren de NZa onze brief van 12 februari 2007⁽³⁾ nog eens goed te lezen.

Een gemiste kans is ook dat de NZa op haar website niet komt met een prijsvergelijking van dezelfde producten te laten zien, geleverd door de eerste lijn in vergelijking met de tweede lijns DBC(?). Dit zou getuigen van transparantie.

Het feit dat dit niet gebeurt roept de vraag op of men überhaupt enig inzicht heeft in de kosten en het geconsumeerde zorgvolume per aandoening in de tweede lijn.

De Vrije Huisarts durft in elk geval te stellen dat de huisarts voor alle door hem geleverde zorg momenteel een lager tarief hanteert dan gangbaar in de tweedelij. Voor de B.V. Nederland moet dus niet prijsverlaging aan huisartsenzijde aan de orde zijn, maar juist het duurzaam bevorderen van substitutie náár die huisarts.

POLITIEKE WIL ?

De politieke wil tot substitutie is onlangs uitgesproken in een breed gesteunde kamermotie(11) nadat partijen als LHV, ZN en NPCF eerder al op de kansen hiervan hebben gewezen. De kamer roept de minister in de motie op om bestaande "*perverse prikkels*" in het financieringssysteem, die het voor verzekeraars nog altijd aantrekkelijker maken om dure ziekenhuiszorg in te kopen in plaats van goedkopere huisartsen, uit de weg te ruimen.

Diezelfde kamer dient zich er rekenschap van te geven dat substitutiezorg bóvenop het basis-aanbod door de huisarts weliswaar kán worden geleverd, maar slechts indien duurzaam en toereikend gefinancierd. Daarbij past niet de huidige NZa-opstelling.

EERSTE LIJN ALS ZORGREGISSEUR BEHEER(S)T KOSTEN

De kwaliteit van zorg en de bijbehorende zorgkosten ten gevolge van de vergrijzing, de extramuralisering en een toename van chronische aandoeningen zullen in Nederland(?) slechts beheersbaar blijven, als de zorg vanuit de eerste lijn wordt geregisseerd en de zorgcapaciteit in deze eerste lijn fors wordt uitgebreid.

Door een NZa die eenzijdig definieert wat in de toekomst basiszorg en wat aanvullende zorg van huisartsen is, en die zich geen rekenschap geeft van noodzakelijke randvoorwaarden waaronder huisartsen die aanvullende zorg kunnen leveren, wordt geen bijdrage geleverd aan een oplossing van wat wel degelijk een probleem is.

Deze NZa brengt met haar stellingnames (1) (7) (8) (9) oplossingen eerder verder weg dan dichterbij.

DE NZA WIJST ALS SCHEIDSRECHTER WEL HEEL EENZIJDIG MET HAAR ZWAARD TELKENS RICHTING DE HUISARTS

BRONNEN:

Deze bronnen kunt u aanklikken in de webversie van dit stuk op
< <http://devrijehuisarts.org/asp/MenInaarbasiszorg101207.asp> >

1. NZa, **Brief en bijlage Herziening M&I lijst [pdf]**, 2 november 2007
2. ZN aan NZa, **Aanpassing M&I prestatie lijst 2007 [pdf]**, 31 oktober 2006
3. DVH aan NZa, **Voorstel tot uitbreiding M&I verrichtingen en modules [pdf]**, 12 februari 2007
4. DVH aan NZa, **Verzoek uitbreiding M&I verrichtingen en modules [pdf]**, 19 november 2006
5. CVZ, **CVZorgcijfers 1998-2003**, College voor zorgverzekeringen, blz. 42/43, Diemen, augustus 2004 [de CVZ-link is niet meer actief]
6. CVZ, **CVZorgcijfers 2000-2005**, College voor zorgverzekeringen [pdf], Diemen juni 2006
7. NZa, **Consument moet centraler in huisartsenzorg - Oriënterende Monitor huisartsenzorg [pdf 1,82 MB]**, 23-07-2007
8. NZa, **Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) - Beleidsregel AMM - Toelichting beleidsregel AMM in de Zorg [pdf]**, 26-06-2007
9. De Vrije Huisarts, **De Wet Marktordering Gezondheidszorg (WMO), een nieuwe centrale sturing vanuit Den Haag?**, 27 augustus 2005
10. De Vrije Huisarts, **De dubieuze rol van verzekeraars bij de totstandkoming van de nieuwe financieringsstructuur**, 20 oktober 2004
11. Tweede Kamer, **Minister Klink is het met de Kamer eens dat zorg zo veel mogelijk door de huisarts moet worden gegeven. Een motie van die strekking van de coalitiefracties ziet hij als steun voor zijn beleid. 5 december 2007**

DEFINITIES:

NZa = Nederlandse Zorgautoriteit, de opvolger van CTG en Inspectie **Website - DVH-links**
M&I = Modernisering & Innovatie **DVH-links**
CVZ = College voor Zorgverzekeringen **Website - DVH-links**
ZN = Zorgverzekeraars Nederland, de federatie van zorgverzekeraars **Website - DVH-links**
LHV = De Landelijke Huisartsen Vereniging **Website - DVH-links**
RIZ = Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondswet **DVH-links**
VEKTIS = Centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars **Website - DVH-links**
EPD = Electronisch Patiënten-Dossier **DVH-links**
GGZ = Geestelijke Gezondheids-Zorg **DVH-links**
AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten **DVH-links**
WMO = Wet Maatschappelijke Ondersteuning **DVH-links**
DBC = Diagnose Behandeling Combinatie **DVH-links**
Nederland = Landje aan de zee **Beschrijving - DVH-links**

BENT U AL DONATEUR VAN DE VRIJE HUISARTS? METEEN DOEN.

< <http://devrijehuisarts.org/> >